Documento descargado de http://www.elsevier.es el 02/06/2016. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

EDUCACIÓN EN DIABETES

DIABETES EDUCATION

EU. PILAR HEVIA V. (1)

(1) Asociación Chilena de Enfermeras(os) Educadores en Diabetes, Licenciada en Enfermería Pontificia Universidad Católica. Santiago, Chile.

Email: pilarhevia@yahoo.com

RESUMEN

La diabetes mellitus es un problema global en crecimiento, lo que se traduce un incremento en los costos en salud. Cuando la patología no logra el control adecuado repercute en la calidad de vida de los pacientes, pudiendo producir una mayor discapacidad en la población. Se ha demostrado que la educación en diabetes en forma continua, es una herramienta fundamental tanto para la población con factores de riesgo, como desde el momento del diagnóstico de la patología. Este artículo proporciona herramientas para que el educador en diabetes pueda elaborar programas educativos innovadores, que favorezca estrategias de autocuidados en diabetes. Esto permitirá al individuo y su familia, un cambio de conducta favorable para lograr un estilo de vida saludable, mejorando la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Diabetes mellitus, educación en diabetes, educador en diabetes.

SUMMARY

Diabetes Mellitus is a growing global problem, so an increase in health costs resulting. When the disease does not make adequate control, affects the quality of life of patients and can lead to greater disability in the population. It has been shown that ongoing diabetes education is an essential tool for both people with risk factors, such as from the time of diagnosis of pathology. This article provides tools for the diabetes educator to develop innovative educational programs, favoring self-care strategies in diabetes. This allows the individual and their family behavior changes favorable to achieve healthy lifestyle, improving the quality of life of patients.

Key words: Diabetes mellitus, diabetes education, diabetes educator.

EDUCACIÓN EN DIABETES

La diabetes es una patología en constante aumento. Actualmente hay 415 millones de personas con diabetes en el mundo, y para el año 2040 se calcula que habrá 642 millones. En Chile, a medida que nuestra población envejece, más personas se verán afectadas por esta patología. Debido a este aumento, es que cobra vital importancia la educación en diabetes como una manera de prevenir el aumento de la patología, educando en sus factores de riesgo y además en las personas que la padecen educando en la prevención de sus complicaciones asociadas, ayudando a reducir la carga de diabetes en Chile y en el mundo (1).

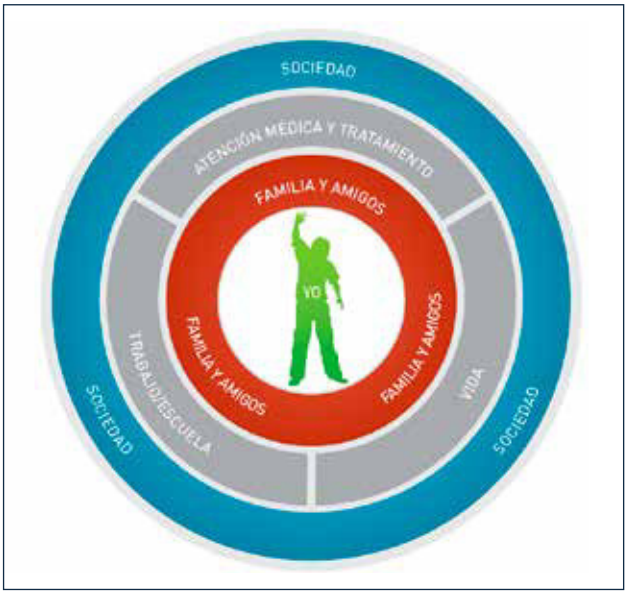
Artículo recibido: 09-12-2015
Artículo aprobado para publicación: 29-02-2016

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 02/06/2016. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

El estudio DAWN (*Diabetes Attitudes Wishes and Needs*) fue iniciado en el 2001 y cuyos resultado fueron publicados en el 2005. Es uno de los estudios más grandes que se ha realizado sobre la realidad psicosocial que viven los pacientes con diabetes, incluyendo a 13 países como participantes. Los resultados de este estudio fueron una "llamada de acción" para mejorar la atención de los pacientes con diabetes, enfocado a cómo impacta la diabetes en el individuo, su familia y entorno y la relación del personal de salud con el paciente. Este estudio propuso mejorar las estrategias para crear conciencia sobre la problemática de vivir con diabetes, la capacitación de personas con diabetes a través de programas de educación enfocado al autocontrol diabético y formación de los profesionales de salud para la atención diabética centrada en el individuo. Además recomendó la necesidad crear herramientas innovadoras para dar apoyo psicosocial y mejorar políticas de atención de la diabetes centradas en el individuo (2, 3).

El modelo que plantea este estudio en un individuo que debe ser capaz de llevar una vida plena y saludable, apoyada emocionalmente y en sus aspectos prácticos por la familia y amigos. La comunidad como el acceso a la atención médica y a tratamientos, el apoyo y comprensión de la afección por parte del trabajo o la escuela y tener las mismas oportunidades para disfrutar de la vida al igual que las otras personas. La sociedad como el sistema sanitario, un gobierno y su población que esté dispuesto a escuchar, a producir cambios y a dar apoyo (2) (Figura 1).

FIGURA 1. UN NUEVO MODELO DE LAS NECESIDADES EN DIABETES



Referencia 2.

HISTORIA DE LA EDUCACIÓN EN DIABETES

En 1914 se comienza a vislumbrar la importancia de la educación en diabetes en los países desarrollados, siendo el Dr. Elliot Joslin quien menciona la importancia de la formación de enfermeras especializadas en la educación. Luego con la llegada de la insulina el asesoramiento en la atención clínica fue de gran aporte para personas con diabetes tipo 1, ya que entregaban educación en las escuelas, en las casas y a las familias de estos jóvenes. En los años 50 la aparición e incremento de la diabetes tipo 2 y la evolución de los tratamientos como hipoglicemiantes orales exigían metas concretas de educación y un mejor control para los pacientes. En los años 70 se incorporó la educación formal para educadores en diabetes. La publicación de los estudios UKPDS (*UK Prospective Diabetes Study*) y DCCT (*Diabetes and Control Diabetes Trial*) en los años 90, cambió el enfoque de la atención del paciente con diabetes, demostrando la necesidad y beneficio de los tratamientos intensificados, lo que hizo cobrar un rol muy importante la educación en diabetes (4, 5).

REALIDAD DE LA EDUCACIÓN EN DIABETES EN CHILE

En Chile la educación en diabetes ha ido evolucionando con los años. Un hito muy importante ha sido la incorporación de la ley 19.966, de Garantías Explicitas de Salud (GES) que ha incluido cobertura para esta patología desde el 2006. Este hito en la historia de la salud de Chile entrega acceso, oportunidad, protección financiera y atención de calidad a un grupo de patología dentro de las cuales se encuentra la diabetes (6). Dentro de este marco la educación en diabetes comenzó a tener mayor incorporación dentro de los hospitales de nuestro país y luego en la atención primaria de salud, siendo la enfermera el profesional con mayores competencias para poder desarrollar esta área.

Otro aspecto a considerar es que Chile actualmente presenta un incremento de la inmigración de países con diferencia de etnias y culturas, lo que plantea el desafío de conocer y aprender sobre aspectos socioculturales de esta población. Existe una fuerte recomendación respecto a tomar en cuenta los factores culturales de estos pacientes, los cuales tienen gran influencia en los resultados en la adherencia a tratamientos, aspectos psicológicos y del autocuidado (7).

LA EDUCACIÓN COMO TRATAMIENTO, TÉCNICAS Y MÉTODOS

El objetivo primordial de la educación en diabetes es que el paciente logre obtener y mantener conductas que lleven a un óptimo manejo de la vida con la enfermedad.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 02/06/2016. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Las personas con diabetes deben adquirir conocimientos y desarrollar destrezas, además tomar diariamente decisiones relativas a modificar su estilo de vida. Los servicios de salud públicos y privados deben entregar programas de educación en diabetes desde que el paciente ha sido diagnosticado con esta patología hacia adelante (8). Además hay que considerar que todos los escenarios pueden ser una buena instancia para la educación en diabetes; una hospitalización, la consulta con el podólogo, visita al dentista, etc.

La Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE) propone 7 conductas de autocuidado para las personas con diabetes (9):

1. Comer sano
2. Ser físicamente activo
3. Monitorización
4. Toma de medicamentos
5. Resolución de problemas
6. Reducción de riesgos
7. Afrontamiento saludable

Los programas de educación deben contemplar educación individual y grupal. Ambos deben ser complementarios.

Educación individual

La educación individual es adecuada desde el inicio del diagnóstico, durante el control y seguimiento. Es un proceso dinámico donde existe una variada entrega de conocimientos, existiendo una relación terapéutica con el educador que debe ser interactiva y de negociación. En la educación individual se protege la intimidad del paciente donde el paciente puede exponer más fácilmente su problemática (10).

Educación grupal

Este tipo de sesiones educativas deben ser planteadas en grupos pequeños. En estas actividades pueden estar incluidas las familias y/o redes de apoyo del paciente. Las ventajas de las actividades grupales residen en que se entregan conocimientos y experiencias de otros pacientes. No siempre se puede homologar el tipo de pacientes que asiste a esta actividad, pero el educador debe crear un clima de aceptación para que ellos puedan expresarse libremente. Además en estas actividades se pueden incluir o ser organizadas por los pares educadores, pacientes con diabetes que se han preparado como educadores (10).

Educación en diabetes, un proceso continuo

Cada programa de educación en diabetes debe considerar ser un proceso continuo, tomando en cuenta que las necesidades de los pacientes van cambiando, ya que este proceso continua y se renueva de acuerdo a las necesidades de cada individuo (11).

1. Valoración:

Es el inicio que nos va a entregar información relevante para poder evaluar las necesidades educativas del paciente. En esta valoración se puede aplicar un cuestionario que nos permita conocer los datos demográficos, rutina de trabajo y de estudio, estado de salud, conocimientos previos, capacidades de autocuidado, limitaciones físicas y cognitivas, culturas y creencias. También es muy importante evaluar el entorno en el que el paciente se encuentra inserto, su familia y redes de apoyo, las cuales influirán en forma positiva o a veces negativa en su proceso educativo y de autocuidado. El educador debe practicar la escucha activa, contacto visual y habilidades de observación para crear un ambiente en el cual el paciente sienta que sus necesidades son tomadas en cuenta. El registro de la información debe ser objetivo y como el paciente las refiere. Luego de esta etapa es posible tener un diagnóstico educativo del paciente (11) Tabla 1.

TABLA 1. EJEMPLOS DE PREGUNTAS A REALIZAR EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

¿Cuál es su cobertura de salud (Isapre, Fonasa, particular)?
¿Hasta qué año estudió y a qué se dedica (oficio, estudio o profesión)?
¿Quiénes conforman su grupo familiar y/o redes de apoyo?
¿Tiene usted alguna otra enfermedad (hipertensión, problemas a la tiroide, etc)?
¿Conoce a alguna persona con diabetes (amigos, familia)?
¿Tiene alguna creencia religiosa?
¿Cuáles fueron sus sentimientos o pensamientos cuando le informaron que tenía diabetes?
¿Cuál es su mayor preocupación acerca de los cuidados de la diabetes?
¿Cuál es la manera más fácil de aprender para usted?

2. Planificación

En esta parte del proceso es donde se establecen los objetivos a lograr con el paciente. Estos deben ser razonables de llevar a cabo, concretos y medibles, debe existir un acuerdo mutuo

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 02/06/2016. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

entre el paciente y el educador frente al cumplimiento del objetivo. Estos objetivos deben ser planteados desde la persona con diabetes. Por ejemplo: "me tomaré la glicemia en ayuna todos los días hasta el nuevo control", "me revisaré los pies luego del baño diario todos los días" (11).

Existen metodologías diversas de aprendizaje, pero estas deben estar adaptadas a las necesidades de cada paciente. Pueden ser sesiones de charlas individuales, resolución de problemas y juegos de rol (Tabla 2).

TABLA 2. CONTENIDOS A EDUCAR AL PACIENTE CON DIABETES Y SU FAMILIA

Descripción del proceso de enfermedad de la diabetes y sus alternativas de tratamiento.
Incorporar el manejo nutricional dentro del estilo de vida.
Incorporar la actividad física dentro del estilo de vida.
Uso de terapia farmacológica en forma segura.
Medición de glicemia y uso de sus resultados para la toma de decisiones en el autocuidado.
Detectar, prevenir y tratar complicaciones agudas.
Detectar, prevenir y tratar complicaciones crónicas.
Desarrollar estrategias personales para tratar temas y preocupaciones del área psicológica.
Desarrollar estrategias personales para promover cambios de conducta saludables.

Adaptado de Funnell M., Mensing C. (13).

3. Implementación de la educación

El lugar donde se realizará la educación puede ser cualquiera, solo hay que asegurarse de que el entorno favorezca la educación con el mínimo de distracción. Durante la realización de la actividad educativa se debe tratar de explicar siempre de lo más sencillo a lo más complejo, usar un lenguaje directo y claro y además reforzar la información entregada al final de la educación, corroborando el entendimiento de éste. Es importante utilizar material audiovisual para favorecer el aprendizaje (11) Tabla 3.

TABLA 3. HABILIDADES DEL EDUCADOR QUE MEJORAN EL PROCESO EDUCATIVO

Escuchar y dar la palabra.
Compartir conocimientos, nunca imponer.
Capacidad de negociación. Facilitar la toma de decisiones proponiendo alternativas.
Permitir al paciente expresar sus emociones, no solo lo que piensa.
Los errores son para mejorar, nunca juzgar o penalizar.
Establecer una relación horizontal no vertical.
Incorporar a los actores principales en la educación como familia y equipo de salud.
Empatía, todos podemos tener diabetes.
Calidez y buena acogida frente a las necesidades del paciente.

4. Evaluación

Esta etapa debe planificarse y se lleva a cabo en todo momento. En general se recomienda realizar una evaluación planificada a los 3 y 6 meses, donde se evaluarán aspectos como mejoramiento de parámetros biomédicos (hemoglobina glicosilada, valores de presión arterial, entre otros.), además aspectos psicosociales como calidad de vida, bienestar y autocuidado (11). Es muy importante realizar refuerzos positivos frente a los logros y mejorías de objetivos planteados previamente (Figura 2).

Registros o documentación

El registro de las actividades de educación permite documentar los avances del proceso educativo de cada paciente. Además permite evaluar los obstáculos que se han presentado en el cumplimento de los objetivos en cada paciente. Debe estar disponible para todo el equipo de salud para poder desde cada área de intervención, evaluar el logro de estos (13).

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 02/06/2016. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

FIGURA 2. CÍRCULO DE LA EDUCACIÓN DIABÉTICA PERMANENTE

Referencia 11.

Materiales Didácticos

Las técnicas a utilizar deben ser adecuadas al paciente y el tema a educar. El material didáctico debe ser sencillo y claro de entender, pueden usarse láminas, pizarrón, libros de lectura, trípticos, rotafolios y videos. Se debe tratar siempre de entregar al paciente material de consulta en caso de dudas. Hoy en día contamos con tecnologías que pueden ayudar en el proceso educativo como las redes sociales, las que pueden ayudar a entregar información a pacientes a distancia, además de mantenerse en contacto con el educador. Además, existe mucho contenido que se obtienen de la web. En este aspecto es importante informar al paciente que estos deben ser discutidos con el educador en diabetes. El autoaprendizaje guiado vía página web es una herramienta de gran utilidad (14).

EL EDUCADOR EN DIABETES

El educador en diabetes es el profesional de la salud que tiene la experiencia del cuidado de pacientes con esta patología y que ha alcanzado un nivel adecuado de conocimientos y destrezas en aspectos sociales, de comunicación, conserjería y educación. Esto se obtiene a través de la educación formal de pregrado y de la capacitación continua de postgrado. El rol del educador en diabetes puede ser asumido por profesionales de muchas disciplinas de la salud, pueden ser enfermeras, nutricionistas y médicos, además de técnicos en enfermería, psicólogos, kinesiólogos, etc. El educador en diabetes conoce el proceso de enseñanza aprendizaje y entiende y demuestra el impacto de la educación en cambios de estilo de vida y cambios conductuales para un mejor autocuidado. En países desarrollados existen organismos certificadores de educación en diabetes como Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE) o la Federación Internacional de Diabetes (IDF) (15).

En nuestro país tenemos el desafío de desarrollar programas de educación continua permanente, que prepare a los profesionales de la salud como educadores en diabetes, con estándares internacionales y de acuerdo a nuestra realidad nacional y a la demanda creciente de esta patología. Además implementar más centros de salud donde los profesionales puedan realizar pasantías y que en un futuro se logre

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 02/06/2016. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

certificar a los educadores en diabetes en Chile. Por otro lado, aumentar la investigación para crear mayor evidencia local de que la educación en diabetes contribuye al control de la patología y disminuye los costos en salud. La idea es que todos los educadores en diabetes hablen un mismo lenguaje, fomentando, impulsando y contribuyendo con programas educativos innovadores en diabetes, que apoyen al paciente diabético, su familia y a la comunidad.

La autora declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *International Diabetes Federation, Executive Summary IDF Diabetes Atlas, 7th Edition, Brussels Belgium, 2015.*
2. *Peyrot M., Dawn2: Un estudio multinacional, con participación de múltiples partes, poderosa plataforma de actuación para promover una atención diabética centrada en el individuo, Diabetes Voice, 2013, 58; 13-16.*
3. *Funnell M., The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Study, Clinical Diabetes, 2006; 24: 154 - 155.*
4. *Dunning T, Papel complejo y en constante evolución de los educadores en Diabetes, Diabetes Voice, 2007; 52: 9 - 11.*
5. *Allen N. The History of Diabetes Nursing, 1914-1936. The Diabetes Educator 2003; 9: 96-89.*
6. *Superintendencia de Salud, ¿Qué es el Auge o Ges?, http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-article-4605.html*
7. *D´Eramo G., Newlin K., Cultural Context of Diabetes Education and Care, Complete Nurse´s Guide to Diabetes Care, American Diabetes Association, second edition: 246 - 261.*
8. *American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes 2015 (Possition Statement). Diabetes Care 2015; 38, sup 1: 21-30.*
9. *Peeples M. Beneficios de la educación diabética: mejores resultados sanitarios mediante un buen control personal, Diabetes Voice, 2007; 5 -8.*
10. *Gacliardino J. Educación en Diabetes, Garcia de los Ríos M, Durruty P, Diabetes Mellitus, tercera edición, Santiago, editorial mediterránea, 2014: 67 - 75.*
11. *Ozcan S., Erol O. Enseñanza y aprendizaje en la diabetes: técnicas y métodos, Diabetes Voice, 2007; 52: 23 - 25.*
12. *Weinger K., McMurrich S. Behavioral Estrategies for improving self-management, Complete Nurse´s Guide to Diabetes Care, American Diabetes Association, second edition: 236 -245.*
13. *Funnell M., Mensing C. Diabetes Education in the management of Diabetes, Complete Nurse´s Guide to Diabetes Care, American Diabetes Association, second edition: 222 -235.*
14. *Weiss M. Capacitación, educación y disciplina: implementar un plan de autocontrol diabético, Diabetes Voice, 2007; 52: 16 - 18.*
15. *American Association of Diabetes Educator, Diabetes Educator Definition. http://www.diabeteseducator.org/DiabetesEducations.html*